

Aus der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching
Chefarzt: Professor Dr.med. G.K. Döring

RETROFLEXIO/VERSIO UTERI IN GRAVIDITATE

- Ein Bericht über 213 Fälle -

R. Neuman.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554606_0023

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

=====

der Universität München

=====

Referent: Prof. Dr. G. D ö r i n g

Coreferent: Prof. Dr. J. Z a n d e r

Dekan: Prof. Dr. W. S p a n n

Tag der mündlichen Prüfung: 20. 11. 1973

Aus der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching
Chefarzt: Professor Dr.med. G.K. Döring

RETROFLEXIO/VERSIO UTERI IN GRAVIDITATE

- Ein Bericht über 213 Fälle -

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer hohen medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt

von

Rainer Neumann
aus Sievershausen

München 1972



M e i n e n E l t e r n

in Dankbarkeit

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
<u>A. Einleitung:</u>	1
1. Begründung der Arbeit	1
2. Angeregt von Prof.Dr.med.Döring	1
3. Problem	1
4. Wege der Bearbeitung	1
<u>B. Literatur:</u>	2
1. Historisches zum Problem	2
2. Entwicklung zum Problem	3
3. Beziehungen zu benachbarten Problemen	10
4. Definition und Abgrenzung der Aufgabe der Arbeit	15
5. Begründung, warum bestimmte, in der Literatur behandelte Teilfragen ausgeschieden oder vernachlässigt werden	16
<u>C. Material und Methodik:</u>	
I. Material	16
1. Liste des Materials	
2. Beschreibung des Materials	
3. Besondere Schwierigkeiten des Materials	
II. Methodik:	17
1. ... Kerb-Methodik	
2. ... ergänzt durch Randnotizen	
<u>D. Ergebnisse der eigenen Untersuchungen:</u>	17
<u>E. Diskussion:</u>	17
1. Besprechung der eigenen Ergebnisse:	
a) Verlaufsbeobachtung der Spontanaufrichtung	17
b) Komplikationen in der Frühschwangerschaft	23
c) Probleme in der Spätgravidität	26
d) Geburtskomplikationen	28
e) Besonderheiten nach der Geburt	30
2. Diskussion unter Vergleich mit der Literatur und Ergebnis	36
<u>F. Zusammenfassung:</u>	38
<u>G. Anhang:</u>	40
<u>H. Literaturverzeichnis:</u>	42

RETROFLEXIO/VERSIO UTERI IN GRAVIDITATE

A. Einleitung

1. Wohl kaum ist ein gynäkologisches Problem über Jahrzehnte hinaus in so widerspruchsvollen und unterschiedlichen Ansichten diskutiert worden, wie die Bewertung der Retroflexio/versio uteri und ihre Indikationsstellung zu therapeutischen Maßnahmen.

Einerseits sah man die Uterusdeviation zwar nicht direkt als Normalität, aber auch nicht als ausgesprochene pathologische Lageveränderung an; andererseits war man jedoch der Überzeugung, daß ein retrovertiert-flektierter Uterus abnorm pathologisch und deshalb korrekturbedürftig sei.

2. Auf Anregung des Herrn Professor Dr.med.Döring stellte ich mir die Aufgabe, mittels der Kontrollprotokolle der Praxiskartei, den Schwangerschaftsverlauf bei 213 Patientinnen mit Retroflexio/versio uteri gravidi zu beobachten und zu registrieren.

3. Von besonderem gynäkologischem Interesse und praktischer Bedeutung ist die Retroflexio/versio uteri in graviditate.

Unerheblich jedoch ist die Literatur über die Retro-Deviation des graviden Uterus und ihre therapeutische Indikation, die vornehmlich in prophylaktisch-operativen oder konservativen Maßnahmen liegt. Neuere, konsequente praktische Richtlinien sind nicht hinzugetreten.

4. Die Arbeit bestand darin, mit Hilfe eines Lochkartenkerbsystems den Verlauf der Gravidität und, soweit möglich, auch der Geburt bei den genannten 213 Retroflexio/versio-Schwangerschaften und einem Vergleichskollektiv von 1000 Normalgraviditäten unter einem Patientengut von ca. 2500 in Einzelheiten zu erfassen.

B. Literatur:

1. Seit Jahrzehnten sind die Diskussionen über die "Reflexionsfrage" nicht verstummt, und auch heute noch kann man den divergentesten Beurteilungen begegnen:

"Der therapeutische Nihilismus und die therapeutische Vielgeschäftigkeit finden noch ihre Fürsprecher ... " (STOECKEL 25).

Am ausgiebigsten ist die Retroflexio/versio in ihrer Problematik im Hinblick auf ihre eventuelle Symptomatik, wie organbedingte Sterilität und paragenitale Erscheinungen, diskutiert worden. Es gibt wohl nur wenige gynäkologische Krankheitssymptome, die bei bestehender Retroflexio/versio dieser Lageanomalie nicht angelastet wurden und wohl auch heute noch oft genug angelastet werden.

Bereits STOECKEL, v. JASCHKE, MARTIUS (25, 12) und andere haben die Ätiologie und Symptomatologie bei der Retroflexio/versio in ausgesprochen kritischer Weise beurteilt; doch die Retroflexio/versio uteri in graviditate wird teilweise auch bei ihnen als literarisches Stiefkind behandelt. Spärlich ist auch stets die Literatur über die Retroflexio/versio uteri in graviditate geblieben.

Hans HEIDLER (11) hat sich mit seinen Ausführungen in einer Arbeit über "Die Therapie der Retroflexio uteri" der klassischen Bearbeitung des Kapitels der Lage- und Bewegungsanomalien des weiblichen Genitalapparates im Handbuch der Gynäkologie von VEIT-STOECKEL und v.JASCHKE (HEIDLER 11) angeschlossen und sie weiterhin ausgearbeitet.

Zusammen mit A. MAYER (13, 14, 15) zählte er wohl zu den führenden Gynäkologen, die bereits vor einigen Jahrzehnten vor einer übertriebenen Überbewertung der Retroflexio/versio uteri gewarnt haben.

HEIDLER'S Grundeinstellung der Retroflexio/versio gegenüber ist durch ein Zitat aus FRANZ'S Buch "Gynäkologische Operationen" verdeutlicht:

"Die Gynäkologen sind der naiven Meinung, sie könnten das mannigfaltige Weh und Ach der Frauen von diesem einen Punkt, dem Uterus, aus kurieren." (11)

Die Gynäkologen KERMAUNER, KNEISE, MATHES, A. MAYER, WEIBL und HEIDLER lehnten die operativen Maßnahmen bei Retroflexio/versio uteri incomplicata strikt ab, andere wie FRITSCH, KÜSTNER, B.S. SCHULZE, SINGER, glaubten Reflektionen per operationem zu behandeln, während die dritte Autorengruppe v. JASCHKE, MARTIUS, STOECKEL, WAGNER u.a. den Standpunkt vertraten, "daß die Wahrheit in der Mitte liegt: die Retroflexio muß nicht, kann aber Beschwerden machen." (HEIDLER 11)

Die Literatur über die Retroflexio/versio uteri in graviditate ist in den letzten Jahrzehnten oder Jahren kaum aufgefüllt und ergänzt worden.

2. Der initial retroflektierte, gravide Uterus wird auch noch heute eher überbewertet.

Ist es nicht eklatant, daß seit STOECKEL (25-28) ein jeder Gynäkologe bestens über das komplexe Symptomenbild einer Retroflexio/versio uteri graviditae incarcerata informiert ist, wie sich ihm sogleich die Vorstellung von der Ischiuria paradoxa aufdrängt - mit all ihren

Konsequenzen bis zur Urethraelongation und -striktur, Cystitis dissecans gangraenescans, mit dem Endzustand der Narbenschlumpfblass (STOECKEL 25) bis hin zur septischen Pyelonephritis, der Blase mit Sepsis und Peritonitis ?

Und zählen gerade nicht diese lebensbedrohlichen Inkarzerationsfolgen zu den extremen Seltenheiten ?

Eine Überbewertung causaler Zusammenhänge zwischen Retroflexio/versio uteri und "der Auslösung von Fehlgeburtsvorgängen, als auch die Gefahr der Inkarzeration mit ihren Folgeerscheinungen " (ZINSER 26) arbeitete auch Hans-Klaus ZINSER heraus. Aber auch er schlägt bei einer Lagekorrektur des graviden Uterus

- a) die Aufrichtung nach B.S. SCHULTZE,
- b) die Aufrichtung nach B.S. SCHULTZE in Nar-kose (Chloräthylenrausch) oder
- c) die Aufrichtung nach O. KÜSTNER

vor und plädiert für die Applikation von Hodge- bzw. Fritsch-Pessar oder für den Bügel von Thomas. Diesem therapeutischen Vorgehen schloß sich mit vielen Autoren auch Walter HEBLING, Schwerin (9) an und setzt sich zusätzlich für eine prophylaktische Applikation des Hodge-Pessars beim Vorliegen eines habituellen Abortus mit Retroflexio/versio uteri und nach Lagekorrektur ein.

Er stellt auch zusätzlich eine beachtenswerte Differenz in der Lokalisation des befruchteten Eies während des Nidationsvorganges heraus. Die Nidation in der Decidua der Uterushinterwand hält er prädisponiert für die Entwicklung des klinischen Bildes der Retroflexio/versio

uteri incarcerata; auch er empfiehlt nach einer fehlenden Spontanaufrichtung innerhalb der 11. bis 12.Schwangerschaftswoche die Reposition in Knie-Ellbogen-(Brust)-Lage mit nachfolgender Hodge-Pessar-Einlage, entsprechend dem geburtshilflichen Vorgehen alter Schule.

H. MARTIUS (12) empfiehlt bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata nach mißglücktem Repositionsversuch, die Blase mit einer "stark gebogenen Sonde" zu sprengen, den graviden Uterus vom hinteren Scheidengewölbe aus zu punktieren oder aber die hintere Corpuswand durch Schnitt zu öffnen. v.JASCHKE distanziert sich von letzterem Vorgehen.

Die Möglichkeit der Nidation in der Uterusvorderwand gab vielen Autoren ebenfalls erhöhte Komplikationsgefahr infolge der Retroflexio/versio uteri. Man war vielfach der Ansicht, daß zwar der superior-anteriore Teil des Uterus aus dem kleinen Becken heraus wachse und dieser Entwicklungsgang für die Gravidität zwar keine Gefahr bedeute, daß aber sub partu der vorangehende kindliche Teil Gefahr liefe, in die retroflexio/versio-bedingte Dilatation des dorsalen Uterus sacralwärts trete und somit eine geburtswidrige Lageeinstellung zwangsläufig oder fakultativ eintreten könne.

Exakte statistische Aufstellungen waren unter dem fachspezifischen Literaturmaterial zu einem zufriedenstellenden Vergleich hinsichtlich dieser Komplikationsmöglichkeit nicht auffindbar.

Bis zur Herausgabe des Buches von B.S. SCHULZE^T "Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter" 1881 (20b) wurde die Retroflexio/versio uteri all-

gemein und grundsätzlich als Krankheit angesehen.

A. MAYER (13, 14, 15) konnte bereits 1939 über Ergebnisse einer über 30-jährigen Erfahrung hinsichtlich der Bewertung der Retroflexio/versio uteri berichten:

In seiner gynäkologischen Arbeit "Ist die Retroflexio uteri ein behandlungsbedürftiges Leiden ?" (14) wendet er sich ausdrücklich gegen die Behandlung mit Intra-uterinpressaren. Seiner Ansicht nach behandle der Gynäkologe die Retroflexio/versio am erfolgreichsten dadurch, daß er sie nicht behandle; so zumindest die Retroflexio/versio uteri mobilis simplex.

Er warnt direkt vor der Mitteilung an die Patientin, sie habe eine "Knickung", weil unter Umständen dadurch für viele Frauen mit Retroflexio/versio ein "seelisches Trauma gesetzt und ein gynäkologisches Krankheitsgefühl ansuggeriert" werden könne.

MAYER stellt ebenfalls wie HEIDLER (11) die Forderung, daß die zurückhaltende Einstellung möglichst bald ärztliches Allgemeingut (14) werden müsse, da die operativen und instrumentellen Therapiemaßnahmen bei der mobilen Retroflexio/versio von keinem medizinischen Interesse seien und "unsere Frauen vor wertlosen Operationen geschützt werden müßten " (14).

Daß die Retroflexio/versio uteri allgemeine Symptome macht, glaubt wohl heute niemand mehr in der Schulmedizin. Es gilt daher, der nicht schwangeren und ebenso graviden Retroflexio/versio-Patientin das Gefühl, unterleibskrank zu sein, zu nehmen.

Wenn auch MAYER die einfache Retroflexio/versio uteri als "gewöhnlich nicht behandlungsbedürftig" (13, 14) an-

sieht, so hält er es im Zusammenhang mit einer Sterilitäts- bzw. Graviditätsbehandlung doch für angebracht, sofern die Retroflexio-Behandlung kein organ-spezialistisches Problem, sondern ein gesamtkomplexes Problem der erkrankten Persönlichkeit, seiner Konstitution, oft seiner Umwelt ist. Er fordert somit ausgesprochen kritisch -ebenso wie HEIDLER- für die vielseitig der Retroflexio/versio uteri zur Last gelegten Erscheinungen - wie Fluor, Blutungen, Ischialgien, Obstipation, Kohabitationsbeschwerden- im allgemeinen nach einer anderen oft extragenital lokalisierten, kausalen Motivation zu suchen.

In den letzten Jahren haben sich SILLÓ-SEIDL (22), SIEGERT (21), J.R. PERLIN (17), AMREICH (1), H.H. FOURACRE BARNES (8), J. LIMAGE (10) über die Einflüsse der Retroflexio/versio als mögliche Sterilitätsursache befaßt. Selten jedoch nimmt man Bezug auf die Retroflexio/versio uteri in graviditate.

Die Autoren befassen sich vornehmlich mit den möglichen Komplikationen der Retroflexio/versio uteri bei Konzeptions- und Sterilitätsfällen, nicht mit den Erscheinungen sub graviditate.

Die statistischen Auswertungen bei Sterilitätsfällen schwanken zwischen 5 und 20%, bei J.LIMAGE (10) unter 2120 Patienten als alleinige Ursache nur 24 Fälle $\pm$ 1% einer Retroflexio/versio uteri. Er betont, daß der Prozentsatz der Aborte nicht größer ist als bei anteflektiertem Uterus.

D. CAPRIOARA und G. FARKAS (27) haben eine interessante Statistik zahlreicher, systematischer Reihenuntersuchungen und Kontrollen von Operationsresultaten bei Retro-

flexio/versio 1960 publiziert.

1. in puncto Unfruchtbarkeit sprechen sie der Uterusdeviation eine unbeachtliche Rolle zu.
2. bei simultan auftretenden Kreuzschmerzen empfehlen sie zunächst eine Röntgenuntersuchung, da sich 64,7% Fälle orthopädisch effektiv therapieren ließen.
3. die prophylaktische Retroflexio-Operation wird von ihnen abgelehnt, da nur bei 9,1% sichtlicher Erfolg eintrat, 51,5% der Lumbalgien erst nach Jahren verschwanden oder nach konservativen Therapieverfahren; 39,4% behielten ihre Beschwerden.

SILLO-SEIDL (22) führt Beobachtungen an, die einer Retroflexio/versio-Korrektur den Erfolg der Antefixation für eine Steigerung der Konzeptionsrate absprechen. Er hat eine Erhöhung der Abortusrate und eine Steigerung ektopischer Graviditäten registriert. Auch ist er der Ansicht, daß unter der Geburt bei einem ventrofixierten Uterus die erhöhte Gefahr der Uterusruptur bestehe.

H. SCHWENNICK (23) wendet sich in seiner Arbeit "Wert und Unwert der operativen Behandlung der Retroflexio/versio uteri" ebenfalls gegen die Ventrofixation als Allheilmittel; er hat narbige Veränderungen der Gebärmuttermuskulatur beobachtet, ferner Muskeleinsprossung in die Tunica media der Venen im inneren Muttermund und eine oft ausgeprägte Gefäßdilatation. Ebenso wie SILLO-SEIDL hält auch SCHWENNICK die Gefahr der Uterusruptur als Folge der vorangegangenen Antefixation für provoziert.

Die Retroflexio uteri fixata ist nicht primär zu den Lageanomalien zu rechnen, denn sie ist als Folge geni-

taler oder paragenitaler Entzündungen zu betrachten, und die Perimetritis der Adhäsionen verursacht die Beschwerden und Komplikationen. In graviditate macht sie besondere Beachtung und unter Umständen besondere Maßnahmen der operativen Adhäsionslösungen erforderlich. ALDO DUCA (6) diskutiert vornehmlich aufgrund eigener Beobachtung und Erfahrung die therapeutischen Maßnahmen beim retroflektierten, graviden Uterus.

Seine Behandlungsmethoden der Retroflexio/versio uteri unterscheiden sich nicht von denen der klassischen Aufrichtungstherapie; auch er empfiehlt nach der Aufrichtung nach Schulze oder dem Reponieren des deviierten Uterus durch Herabziehen der Portio mit der Hegar'schen Faßzange und der digitalen Corpusaufrichtung von der Vagina aus ein Kolpeurynter einzulegen.

Bei der starren Retroflexio/versio fixata uteri gravidi ist das Mittel der Wahl die Laparotomie.

DUCA (6) ist der Ansicht, damit nicht nur der Abortusgefahr zu begegnen, sondern die Inkarzerationsgefahr zu beseitigen, die Adhäsionen zu lösen und durch die operative Lagekorrektur eine etwaige Wiederholung zu verhüten. Er empfiehlt bei dem Eingriff nur die indirekten Uteruspexien vorzunehmen, um die Abortusgefahr und die vasalen, hämorrhagischen Diathesen des graviden Uterus zu vermeiden. Der Verfasser führt drei eigene Fälle an:

1. operative Retroposition nach vergeblichen konservativen Aufrichtungsversuchen, obwohl keine Adhäsionen vorlagen.
2. Aufrichtung durch Herabziehen der Portio und digitale

Corpus-Reposition vom Rectum aus; der gravide Uterus lag anteflektiert-vertiert. Den Fruchttod nach einem Monat führte der Autor auf die vermutlich durch die vorangegangene Uterusdeviation bedingte Endometritis zurück.

3. operative Adhäsionslösung eines retroflektierten, fixierten Uterus im 2.Graviditätsmonat; da der Uterus von sich aus die antevertiert-flektierte Position einnahm, hielt er eine zusätzliche Antefixation für überflüssig.

DUCA verhält sich im allgemeinen sehr zurückhaltend und abwartend, doch er spricht sich ebenfalls nach alter, geburtshilflicher Schule für die instrumentelle Korrektur (Pessareinlage) nach ausbleibender Spontanaufrichtung aus.

Im "Manuel of Obstetrics" (1969) geben HOLLANDS und BREWS (7b) eine ausgezeichnete Darstellung räumlicher Verhältnisse im kleinen Becken während der 13.Graviditätswoche und Konsequenzen des räumlichen Graviditätsprozesses mit Beeinträchtigung der uterinen Haltebänder und der Blase. Sie heben insbesondere die kompressive Elongation der Urethra hervor, die zu den Miktionsstörungen führen kann und die bei sofortiger, befürworteter Katheterisierung zu gesteigerter Vorsicht Anlaß geben sollte.

"In the majority of cases spontaneous ascent of the uterus occurs after three or four days" (HOLLANDS and BREWS).

Auch hier findet sich keine exakte statistische Angabe über die Häufigkeit einer Inkarzeration, und es wird

nur auf ihre Rarität hingewiesen: "in the small minority of cases incarceration occurs, and retention of urine or other bladder symptoms are at once noticed (HOLLANDS and BREWS 7b) .

Andererseits ist es interessant, daß die Autoren sich zunächst in keine gynäkologisch-chirurgische Intervention einlassen. Nach ihrer Auffassung soll die Retroflexio/versio-Schwangere katheterisiert werden, eventuell antibiotisch abgeschirmt unter Bettruhe beobachtet werden; die erwartete allmähliche Wachstumsasension des retroflektierten Uterus wird gewissermaßen gepflegt, denn: "there is good hope of spontaneous delivery taking place".

Bei ausbleibendem Herauswachsen aus dem kleinen Becken und aus der Disposition raten erst dann HOLLANDS und BREWS operativ vorzugehen.

Bemerkenswert und ungewöhnlich ist hier -im Vergleich zur übrigen Literatur über die therapeutischen Maßnahmen bei der Retroflexio/versio uteri in graviditate- die Konsequenz von HOLLANDS und BREWS in ihrer abwartenden Behandlung und Betreuung der Retroflexio/versio-Schwangeren, auch bei "presumable adhesions".

Seit der Diskussionsaktualität der "Retroflexiofrage" ist ihr vermeintliches Fertilitätsrisiko immer wieder von gynäkologischer Bedeutung gewesen. Bis in die heutige Zeit hinein vertreten mit statistischen Belegen die Befürworter und Gegner der Retroflexio/versio uteri als Fertilitätsrisikofaktor ihren Standpunkt.

Margret MOORE WHITE (16) spricht der Retroflexio in ihrer 1964 herausgegebenen Veröffentlichung noch eine

beachtliche Bedeutung als Infertilitätsursache zu. Sie zieht als Begründung eine Disposition der Cervix mit der zu der vorderen Vaginalwand gerichteten äußeren Portio eine unphysiologische räumliche Beziehung zwischen Ovarien und Fimbrienenden der Tube und letztlich eine Dyspareunie heran. Mit den Therapieerfolgen stützt sie ihre Ausführung.

Bei 47 Frauen mit Sterilität wurde konservativ eine Retroflexio/versio korrigiert und durch eine Pessareinlage in Anteversion gehalten. 34 dieser Patientinnen konzipierten, davon 27 innerhalb von 6 Monaten nach Positionskorrektur. Nach Reposition konzipierten 20 Frauen von 27 mit ursprünglich negativem Postcoitum-Test. Von 19 operativ korrigierten Retroflexio-Trägerinnen konzipierten 14. Bei 11 dieser 19 Frauen fielen die Postcoitum-Tests negativ, bei 7 positiv aus.

Obwohl die durchschnittliche Dauer der Sterilität etwa 3 Jahre betrug, kam es in der Mehrzahl (13) nach der operativen Korrektur innerhalb von 6 Monaten zu einer Schwangerschaft.

Die Verfasserin rät nach Möglichkeit zu Reposition und Pessareinlage; ferner empfiehlt sie, regelmäßig die Gravidität zu kontrollieren und, um Rezidive zu vermeiden, eine postpartale Überwachung durchzuführen.

Die Retroflexio sui generis als Sterilitätsursache wird von ARMREICH (1) mit etwa 2% angegeben. In der Untersuchungsreihe von Margret MOORE WHITE fiel sie also ungewöhnlich hoch aus.

Seit den umfangreichen Untersuchungen von Belonoschkin ist bekannt, daß allein der Cervixschleim als Rezept-

aculum seminis aufzufassen ist und nicht das hintere Scheidengewölbe. Auch bewies Joël, daß die Spermien in der Vagina aufgrund des sauren Scheidenmilieus in kurzer Zeit -etwa in 55 Minuten- abgetötet werden.

Die Ansicht, daß der Muttermund bei Retroflexio/versio nicht in das Ejakulat eintaucht, ist aus anatomisch-physiologischen Gründen nicht haltbar. Postcoital kommt es zu einer gleichmäßigen Verteilung der Spermasubstanz durch das Aufeinanderliegen der Scheidenwände und durch die sich ausbildende Oberflächenspannung.

Zu einer Fertilitätsdiagnostik gehören bekanntlich auch nicht nur die Untersuchungen an der Frau, denn bis zu 40% können die Fertilitätsschwächen beim Mann liegen.

SILLÓ-SEIDEL (22), BUXTON (4) und Mitarbeiter haben sich in neuerer Zeit dafür ausgesprochen, daß die Retroflexio/versio uteri keine oder allenfalls eine sehr geringe Fertilitätsverminderung aufweist.

SILLÓ-SEIDEL hebt durch Gegenüberstellung von Schwangerschaftserfolgen bei Retroflexio/versio ohne Operation und mit Ventrofixation die therapeutische Bedeutungslosigkeit der Antefixationsoperation hervor: "Ventrofixation als solche ist keine Therapie für die Kinderlosigkeit" (SILLÓ-SEIDEL).

BUXTON lastet der Retroflexio/versio uteri ebenfalls keine Fertilitätsbeeinträchtigung an: "... retroversion for instance, may have no infertility implications whatever ... (Seite 42, Physical examination of the female) in the absence of any other noticeable factors this retroversion may have some effect only in the light of other findings that this may be considered to be so".

BUXTON stellt in einer Untersuchungsreihe heraus, daß die Konzeptionsrate bei Retroflexio/versio sogar erhöht ist.

	<u>Grav. in %</u>	<u>Grav. in Zahlen</u>
750 ohne abnorme Befunde	39%	292
232 mit Retroflexio	43,8%	101

Über die Retroflexio/versio uteri in graviditate wurden in den letzten 2 Jahren zwei interessante Publikationen herausgegeben:

F. CRAINZ (5): "Retroflexxione uterine e gravidanza" und von

R. BECHER (2): "Uterusruptur im 5.Schwangerschaftsmonat bei Retroflexio".

CRAINZ berichtet über 167 Fälle, wobei in 22 Fällen eine dreimalige Reposition vorgenommen und einmal zusätzlich ein Pessar eingeführt wurde.

Auch beschreibt er 2 ausgetragene Schwangerschaften bei fixierter Retroflexio/versio uteri.

Fernerhin führt er in seiner Veröffentlichung die augenblickliche Meinung von 15 konsultierten italienischen Ordinarien an: von ihnen sind 8 gegen die Verwendung von Pessaren, wohl aber für die Aufrichtung des graviden, retroflektierten Uterus, unter Umständen in Narkose; 7 Ordinarien haben sich für die Applikation von Pessaren ausgesprochen, 4 routinemäßig und 3 je nach Indikation.

CRAINZ persönlich hält ein Abwarten der Spontanaufrich-

tung und gelegentlich eine Reposition für indiziert.

R. BECHER (2) berichtet über eine dramatische Laparotomie bei einer 22-jährigen Erst-Gravida im Schockzustand bei einem retroflektierten und inkarzerierten Uterus mit Ruptur im 5.Schwangerschaftsmonat:

Im Bauchraum wurden neben Blut ein 16 cm langer Fetus und die Placenta gefunden. Ruptorausmaß und der Allgemeinzustand der Patientin zwangen zu einer supravaginalen Uterusamputation.

Der Autor empfiehlt zur Vermeidung derartiger Zwischenfälle die manuelle Untersuchung am Ende des 3.Graviditätsmonats.

Diese Publikation über eine Uterusinkarzeration infolge einer Retroflexio uteri ist die einzige in den letzten Jahren. Das Ereignis der Inkarzeration ist ohne Zweifel sehr gefährlich und dramatisch, aber es ist eine ausgesprochene Rarität.

4. "Retroflexio/versio uteri in graviditate" lautet das Thema dieser Arbeit; die Untersuchungsreihe bezieht sich allein auf subjektive und objektive Ereignisse und Erscheinungsformen bei der Retroflexio-Schwangeren, insbesondere bis zum Ereignis der Spontanaufrichtung oder eventuellen Komplikationen in der Frühgravidität.

Zugleich ist aber wiederum stets Bezug genommen zur historischen Entwicklung und allgemeinem therapeutischem Standpunkt zur "Retroflexio-Frage".

Anlaß zur Verfassung dieser Arbeit hat der immer noch

bestehende Hang zur überzeugenden Pessar-Behandlung und operativen Palliativ-Antefixation des retroflektierten Uterus gegeben, fernerhin die Überbewertung der Möglichkeit einer Inkarzeration mit ihrer bedängstigenden Aktualität und Bedrohlichkeit hinsichtlich der klinischen Folgen sowie der existentiellen Gefahr für Mutter und Kind.

Das klinische Bild der Inkarzeration mit ihren Eventualitäten soll jedoch als solches in keiner Weise verharmlost oder unterbewertet werden. Darin sei höchste geburtshilfliche Wachsamkeit gefordert. Denn wie uns der letzte bekannte Bericht von R. Becher über eine Uterusruptur bei Inkarzeration zeigt, wäre eine Unaufmerksamkeit während der Kontrolluntersuchung bei vorliegendem gravidem, retroflektiertem Uterus als glatter Kunstfehler unverzeihlich.

5. Das literarische Material über die Retroflexio uteri in graviditate ist -wie schon erwähnt- offensichtlich spärlich und die statistische Beurteilung dieses Problems hat, bis auf die Arbeit von F. CRAINZ (5), keine vergleichende und ergänzende Bewertung erfahren.

- C.I.
1. Für die Bearbeitung des Themas wurden die Kontroll-Journale, ärztliche Berichte und Operationsprotokolle aus dem Archiv und der Kartei von Herrn Professor Dr. med. DÖRING entnommen.
 2. Zu diesem Zweck wurden ca. 8200 Kartei-Anlagen der gynäkologisch oder geburtshilflich untersuchten Patienten aus der Praxis von Herrn Professor DÖRING verwandt.

213 Retroflexiones und ein Vergleichskollektiv von 1000 Normalschwangerschaften wurden bearbeitet und ausgewertet.

3. Besondere Schwierigkeiten bei der Bearbeitung lagen nicht vor.

- C.II
1. Nach einer Computer-Schablone wurden die einzelnen Faktoren, die während der Gravidität und post partum für diese Arbeit von Interesse und Bedeutung waren, aufgezeichnet und manuell mit Hilfe einer Kerbzange in einem Lochkartensystem festgehalten und
 2. die prozentualen Anteile ausgezählt sowie auch Randnotizen bewertet (siehe Anhang).

D. Ergebnisse der eigenen Untersuchungen:

Siehe Tabellen .

E. 1. a) Verlaufsbeobachtung der Spontanaufrichtung:

Grundsätzlich wurde die Spontanaufrichtung des retroflektierten graviden Uterus abgewartet. Das Maximum der Altersverteilung während der Geburt lag bei den Retroflexioschwangeren mit 14,5% bei 30 Jahren, bei den Vergleichsgraviden mit 10,42% bei 28 Jahren. Eine 46-jährige Erstpara mit erheblicher Retroflexio/versio uteri war die älteste aller Schwangeren (Anhang: Tabelle 7).

Bei den 213 Retroflexiones kam es in 205 Fällen zur

selbständigen Reposition, bei 3,3% war der Aufrichtungsprozeß entweder zum Zeitpunkt der Registrierung noch nicht abgeschlossen oder es war simultan zu einem intermittierenden Abort gekommen. In einem Fall (0,47%) wurde eine bimanuelle Aufrichtung in Narkose wegen Harnverhaltung und bei Verdacht auf Uterus incarceratus in der 15.Schwangerschaftswoche durchgeführt.

Tabelle 1:

Angaben über die Schwangerschaftswoche, bis zu der die Spontanaufrichtung des retroflektierten Uterus erfolgte:

	<u>Spontanaufrichtung</u>	
	<u>Anzahl</u>	<u>Prozent</u>
11a) habituelle Retroflexio-Schwangere	13	6,1
11b) mit vorhergegangenen Aborten	17	8,0
12a) Spontanaufrichtung bis zur 10.Schwangerschaftswoche	27	12,7
12b) verschollen	7	3,3
13a) Spontanaufrichtung bis zur 12.Schwangerschaftswoche	52	24,4
13b) Spontanaufrichtung bis zur 15.Schwangerschaftswoche	84	39,4
14a) Spontanaufrichtung bis zur 17.Schwangerschaftswoche	42	19,7
14b) manuelle Aufrichtung in Narkose	1	0,47
15a) von vornherein retroflektiert/vertiert	200	93,9
15b) antevertiert, dann retroflektiert/vertiert bis zur Spontanaufrichtung	13	6,1

Bis zur 10.Schwangerschaftswoche hatte sich in 12,7%, bis zur 12.Schwangerschaftswoche in 24,4%, bis zur 15.Schwangerschaftswoche in 39,4% die Spontanaufrichtung ereignet. Die restlichen 7 Schwangeren (3,3%) waren zu weiteren Kontrollen nicht erschienen und somit nicht auswertbar. In beachtlichen 19,7% richteten sich die Retroflexio uteri gravidi zwischen der 15.und 17.Schwangerschaftswoche auf (Abbildung 1). Die Streckung des graviden Uterus über die Mittellinie hinaus ist also zum Großteil mit der 14.-15.Schwangerschaftswoche abgeschlossen (Tabelle 1).

Unter den 213 Retroflexio/versio-Schwangeren befanden sich 13 Schwangere mit habituellen Aborten (6,1%) und 17 Gravide (8%) mit vorhergegangenen Aborten. In 3 Fällen (10%) unter diesen 30 Schwangeren kam es zum Abort. Unter den 13 habituellen Retroflexio/versio-Schwangeren ließ sich aber wiederum nur in 5 Fällen (38,4%) eine postpartale Retroflexio/versio uteri feststellen (Tabelle 1).

200 Gravide (93,9%) zeigten von vornherein eine Retroflexio, bei den restlichen 13 (6,1%) war zunächst eine Anteversio, dann eine sich einstellende Retroflexio bis zur Spontanaufrichtung festzustellen (Tabelle 1).

In 1 Fall (0,47%) mußte eine bimanuelle Reposition in Narkose durchgeführt werden (Tabelle 1).

Diese 36-jährige Patientin war zum 4.Mal mit einer bekannten Retroflexio uteri gravidе geworden. Die 1.Gravidität verlief nach Spontanaufrichtung, die 2.nach Reposition des Uterus in Narkose ohne Komplikationen und mit normalem Partus. Die 3.Schwangerschaft endete mit einem Abortus incompletus in der 8./9.Schwanger-

schaftswoche bei fehlendem Nachweis von Chorionzotten und morphologischem Verdacht auf Frühabortus oder Tubarabortus.

Während der 4.Gravidität traten zunächst in der 13./14.Schwangerschaftswoche Miktionsstörungen und Druckgefühl auf.

Bei der stationären Aufnahme wurde eine Harnsperre festgestellt. Die druckdolente Blase reichte bis zum Nabel und ein Katheterismus ergab eine Urinmenge von 1200 ml. Die Urinkultur ergab bakteriologisch keinen Anhalt für eine Harnwegsinfektion. Die Scheide war mittelweit, der Uterus steil retrovertiert/flektiert, mannsfaustgross, aufgelockert, glatt und mobil.

Der vorsichtige Versuch der Lagekorrektur des Uterus war erfolglos. 5 Stunden später wurde, nachdem die Patientin nüchtern war, in tiefer Narkose (Lystenon-Entspannung) die Aufrichtung vorgenommen.

Dilatol und Gravibinon wurden appliziert. Es traten nach dem Eingriff weder Wehen noch Komplikationen auf, und die Patientin konnte nach 2 Tagen mit intakter Gravidität entlassen werden. Die Geburt war termingerecht und ohne Komplikationen.

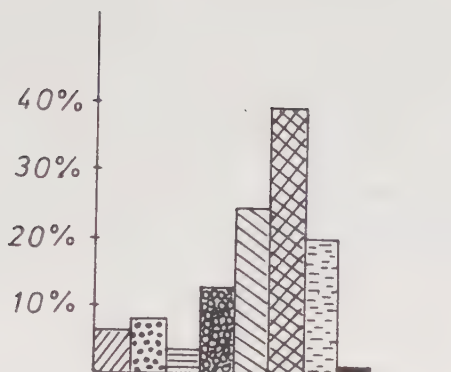


Abbildung 1: Zeitpunkt der Spontanaufrichtung.

Unter den 213 Retroflexio-Schwangeren befanden sich

/// 13 Schwangere mit habituellen Aborten (6,1%) und

••• 17 Gravide (8,0%) mit vorangegangenen Aborten;

≡ 3,3% waren nicht zu weiteren Kontrolluntersuchungen

erschienen. Bis zur 10.Schwangerschaftswoche hatte sich

in 888 12,7%, bis zur 12.Schwangerschaftswoche in ≡ 24,4%,

bis zur 15.Schwangerschaftswoche in ~~XXXX~~ 39,4% und bis zur

17.Schwangerschaftswoche in ~~==~~ 19,7% die Spontanaufrichtung ereignet.

● in 1 Fall (0,47%) wurde eine bimanuelle Aufrichtung in Narkose durchgeführt.

Die Unterschiedlichkeit der Abortusrate von 0,7% (Retroflexio/versio: 9,9%, Vergleichskollektiv: 9,2%) ist als statistischer Wert zum Nachteil für die Retroflexio ausgefallen, ebenso die Häufigkeitsdifferenz von 3,7% bei den Abortus imminentes (Retroflexio/versio: 12,2%, Vergleichskollektiv: 8,5% (Tabelle 1, Abbildung 2). Hier konnte aber die Auswirkung der Retroflexio auf die Cervixintegrität einerseits und die Cervixinsuffizienz sui generis andererseits nicht differenziert und verifiziert werden. Die Werte liegen jedoch im Bereich der allgemeinen Norm.

b) Komplikationen in der Frühschwangerschaft
(Tabelle 2, Abbildung 2):

Tabelle 2:

Angaben über Komplikationen während der Frühgravidität.

	Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio		Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio	
1a) leichte Emesis, Müdigkeit	227	80	22,7%	37,6%
1b) heftige Hyperemesis, Müdigkeit, Entkräftung, Kreislaufinsuffizienz	110	20	11,0%	9,3%
2a) Schmerzen (genital), wehenartige Schmerzen	84	13	8,4%	5,6%
2b) neuralgische Beschwerden, Coccydynie, Ischialgie	108	39	10,8%	18,2%
3a) Schmierblutung, kurzzeitige Blutung	152	32	15,2%	15,0%
3b) schwere Blutung	10	3	1,0%	1,3%
4a) Miktionsstörungen	31	8	3,1%	3,7%
4b) Varikosis	135	25	13,5%	11,7%
5a) Obstipationsbeschwerden	45	18	4,5%	8,5%
6) Abortus	92	21	9,2%	9,9%
7) Abortus imminens:				
a) Cervixinsuffizienz mit Shirodkar	13	8	1,3%	3,8%
b) mit hormoneller Substitution	72	18	7,2%	8,4%

Wehenartige Schmerzen bzw. genitale Schmerzen waren bei den Retroflexio/versio-Graviden mit 5,6%, bei den Normalschwangeren mit 8,4% aufgetreten; neuralgische Beschwerden, Coccygodynie, Ischialgie bei den Retroflexiones mit 18,2%, bei den Vergleichs-Schwangeren mit 10,8%. Ebenso lagen die Obstipationsbeschwerden mit 8,5% bei den Retroflexio/versio-Graviden höher als bei den Normalschwangeren mit 4,5%. Über Miktionsstörungen klagten 3,7% der Retroflexio/versio-Schwangeren und mit 3,1% nahezu ebenso viele Normalschwangere. Zu Schmierblutungen, kurzzeitigen Blutungen kam es bei 15% unter den Retroflexio/versio-Graviden und 15,2% unter den Vergleichs-Schwangeren; schwere Blutungen traten bei den Retroflexio/versio-Schwangeren in 3 Fällen (1,3%) und bei den Normal-Graviden in 10 Fällen auf (1%).



Abbildungung 2: Komplikationen in der Frühschwangerschaft.
(Zusätzliche Punktuierung bei Vergleichsgraviditäten)

A. Wehenartige bzw. genitale Beschwerden waren bei den Retroflexio-Graviden mit 5,6%, bei den Normalschwangeren mit 8,4% zu registrieren; **B.** neuralgische Schmerzen (Coccygodynie, Ischialgie) bei den Retroflexio-Schwangeren mit 18,2%, bei den Vergleichsschwangeren mit 10,8%.

C. Zu kurzzeitigen Blutungen kam es bei 15% unter den Retroflexio-Graviden und 15,2% unter den Vergleichsschwangeren; **D.** zu schweren Blutungen bei den Retroflexio-Schwangeren in 1,3% und bei den Normal-Graviden in 1%.

E. Miktionsbeschwerden ereigneten sich bei den Retroflexio-Schwangeren in 3,1%, bei den Vergleichsschwangeren in 3,7%. **F.** Varikosis wurde entsprechend in 13,5% und 11,7%, **G.** Obstipationsbeschwerden wurden in 4,5% und 8,5% der Fälle registriert.

H. Aborte wurden bei den Retroflexio-Schwangeren in 9,9%, beim Vergleichskollektiv in 9,2%, **I.** Abortus imminens bei den Retroflexio-Graviden in 12,2%, bei den Vergleichsschwangeren in 8,5% beobachtet.

Also bis auf eine leichte prozentuale Unterschiedserhöhung zu Ungunsten der Retroflexio/versio hinsichtlich der zeitweiligen Lumbalirritationen und auftretenden Obstipationsbeschwerden treten im Beschwerde- und Komplikationsbereich der Frühgravidität keine gravierenden Differenzen auf.

Ist die strapaziöse Phase des Empor- und Herauswachsens für den Uterus überwunden, dann erweisen sich keine besonderen hervorzuhebenden Bedrohlichkeiten für die intakte Frucht nach der spontanen Lagekorrektur.

c) Probleme in der Spätschwangerschaft:

Tabelle 3: Angaben über Komplikationen während der Spätschwangerschaft.

	Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio		Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio	
1a)Frühgeburten	50	10	5,4%	6,4%
1b)Frühgeburtstbestrebungen	18	1	2,0%	0,6%
2) EPH-Komplex				
a)leichte Erscheinungen	168	20	18,5%	12,5%
b)schwere Erscheinungen	87	12	2,6%	7,5%

In der Spätschwangerschaft traten bei den Nicht -Retroflexio-Schwangeren Frühgeburten in 5,4%, bei Retroflexio/versio-

Graviden in 6,4% der Fälle auf. Die Frühgeburtsbestrebungen traten bei Retroflexio-Schwangeren nur in 0,6% in Erscheinung, während bei dem Vergleichskollektiv 2,0% auftraten (Tabelle 3, Abbildung 3).

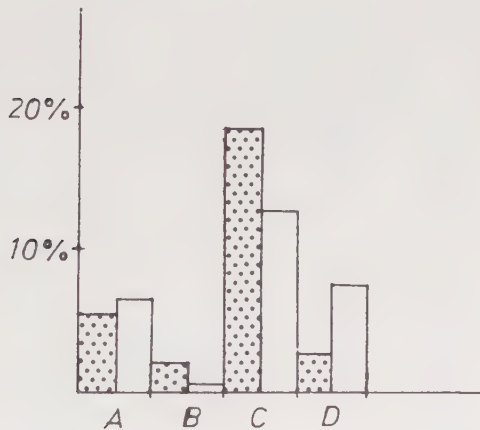


Abbildung 3: Komplikationen in der Spätschwangerschaft.
(Zusätzliche Punktuiierung bei den Vergleichsschwangerschaften)

A. Frühgeburten traten bei Nicht-Retroflexio-Schwangeren in 5,4%, bei Retroflexio-Graviden in 6,4% der Fälle auf.

B. Frühgeburtsbestrebungen traten bei Retroflexio-Schwangeren in 0,6% in Erscheinung, während bei den Vergleichs-Patientinnen 2% auftraten.

EPH-Komplex: **C.** leichte Erscheinungen in 18,5%

D. schwere in 2,6% der Fälle unter den Normalschwangeren, 12,5% und 7,5% bei den Retroflexio-Graviden.

d) Komplikationen unter der Geburt:

Unter den Geburtskomplikationen gab es keine hervorstechenden Unterschiede (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht über Komplikationen während der Geburtssituation.

	Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio		Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio	
3b) Placentalösung (accreta)	20	4	2,2%	2,5%
4) Vakuumextraktionen insgesamt	134	20	14,8%	12,7%
a) Vakuumextraktion bei Erschöpfungs- zustand der Mutter	68	12	7,5%	7,6%
b) Vakuumextraktion wegen drohender kindlicher As- phyxie	66	8	7,3%	5,1%
5a) Sectio caesarea	107	11	11,8%	5,1%
6a) protrahierter Ge- burtverlauf	6	2	0,7%	1,4%
7a) Einleitung bei Übertragung	88	14	9,7%	9,1%
9a) Nachblutung bei Atonie	21	4	2,3%	2,5%
10a) Forceps	4	2	0,4%	1,25%
10b) Speculum	16	3	1,8%	1,9%
11b) Cervixriß	12	1	1,3%	0,6%

Hervorzuheben ist, daß es sub partu bei den Retroflexio-Schwangeren in 0,6% der Fälle, bei den Vergleichs-Schwangeren in 1,3% der Fälle zum Cervixriß kam.

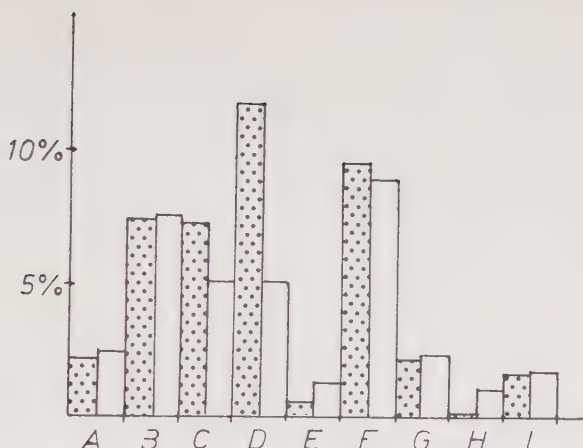


Abbildung 4: Besonderheiten unter der Geburt.

(Zusätzliche Punktuerung bei Vergleichsgraviditäten)

A. Die Placenta mußte bei 2,2% des Vergleichskollektivs und bei 2,5% der Retroflexio-Schwangeren gelöst werden.

B. Eine Vakuumextraktion bei Erschöpfungszustand der Mutter wurde bei Normal-Schwangeren in 7,5%, bei Retroflexio-Schwangeren in 7,6%, **C.** im Falle drohender kindlicher Asphyxie bei den Normalgraviden in 7,3%, bei den Retroflexio-Schwangeren in 5,1% durchgeführt. Zur Sectio caesarea kam es bei den Normalschwangeren in 11,8%, bei den Retroflexio-Graviden in 5,1% der Fälle **D**.

E. Ein protrahierter Geburtsverlauf ließ sich beim Vergleichskollektiv in 0,7%, bei den Retroflexio-Schwangeren in 1,4% beobachten. **F.** 9,7% der Geburten bei Normal-Graviden, 9,1% bei den Retroflexio-Schwangerschaften wurden eingeleitet.

G. Nachblutung bei Atonie stellte sich beim Vergleichskollektiv in 2,3%, bei den Retroflexiones in 2,5% ein.

H. Forceps-Geburten fanden bei den Vergleichs-Graviden in 0,4% , **I.** Speculum-Geburten in 1,8% statt, bei den Retroflexio-Schwangeren in 1,25% und 1,9%.

e) Besonderheiten nach der Geburt:

Es ist auffällig, daß die postpartale Involutio uteri sich bei den Retroflexio-Trägerinnen um 2,6% schneller ausbildete (Tabelle 6, Abbildung 6).

Tabelle 5:

Angaben über Komplikationen für das Kind.

	Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio		Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio	
1a) "ungereinigte" perinatale Kindersterblichkeit	8	2	0,88%	1,25%
"gereinigte" perinatale Kindersterblichkeit	3	—	0,33%	—
2b) Asphyxiehäufigkeit (Asphyxiebehandlung)	69	9	7,7%	5,8%
3a) Mißbildungen	37	5	4,0%	3,2%
4a) Apgar unter 8	82	11	9,0%	7,0%
5a) prolongierter Ikterus neonatorum	52	7	5,7%	4,5%



Abbildung 5: Besonderheiten beim Kind.

(Zusätzliche Punktuierung bei Vergleichsgeburten)

A. Cervixrisse ereigneten sich bei 1,3% der Normal-, bei 0,6% der Retroflexio-Schwangeren. **B.** Die "gereinigte" Kindersterblichkeit lag beim Vergleichskollektiv bei 0,33%, **C.** die "un^{un}gereinigte" bei 0,88%; entsprechend bei den "Retroflexiones" bei 0% und 1,25%.

D. Asphyxie-Fälle in 7,7%, **E.** Mißgeburten in 4% traten bei den Normalgeburten, in 5,8% und 3,2% bei den "Retroflexiones" auf.

F. Ein Apgar-Index unter 8 wurde in 9%, **G.** ein prolongierter Ikterus neonatorum in 5,7% bei den Vergleichsgeburten, in 7% und 4,5% bei den "Retroflexio-Geburten" beobachtet.

Tabelle 6:

Angaben zum Wochenbettverlauf.

	Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio		Vergleichs- kollektiv ohne mit Retroflexio/ versio	
1a) ungestört	780	117	87,0%	75,0%
2a) geringgradige Cystitis	42	4	4,7%	2,5%
2b) fieberhafte Enteritis	4	1	0,5%	0,6%
3a) grippaler Infekt	7	2	0,8%	1,3%
6a) Subinvolutio uteri	41	3	4,5%	1,9%
7b) Phlebitis	8	1	0,9%	0,6%
bezogen auf:	1000	213		
8a) Kontrolle über die Zeit der Frühgravi- dität	92	53	9,2%	24,8%
8b) Kontrolle über die Zeit der Spätgravi- dität	-	4	-	1,9%
9a+b) zur Entbindung er- schienen	908	156	90,8%	73,2%
11a) Retroversio/flexio uteri post partum bezogen auf 156		48		30,8%
11b) Retroversio/flexio uteri post partum bezogen auf 23		9		39,1%

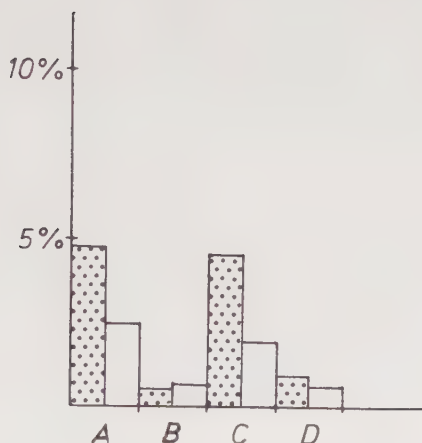


Abbildung 6: Komplikationen im Wochenbett.

(Zusätzliche Punktuierung beim Vergleichskollektiv)

A. Eine geringgradige Cystitis stellte sich bei den Vergleichswöchnerinnen in 4,7%, bei den Retroflexio-Wöchnerinnen in 2,5% ein.

B. Eine fieberhafte Enteritis wurde beim Vergleichskollektiv in 0,5%, bei den Retroflexio-Wöchnerinnen in 0,6% diagnostiziert, **C.** bei den Wöchnerinnen ohne vorherige Retroflexio uteri zeigte sich eine Subinvolutio uteri in 4,5%, **D.** eine Phlebitis in 0,9%, bei den Retroflexio-Patientinnen in 1,9% und in 0,6% entsprechend.

Die oft erwähnte postpartale organische Schwäche des retroflektierten Uterus ist also in keiner Weise hervorzuheben, im Gegenteil. Auch ist absolut keine physiologisch-anatomische Insuffizienz bemerkenswert; das beweisen die niedrigen Prozentangaben bei Nachblutung bei Atonie (2,5%), Asphyxiehäufigkeit (5,8%), Mißbildungen (3,2%) und Subinvolutio uteri 1,9% (Tabelle 4-6, Abbildung 4-6).

Unter die "ungereinigte" perinatale Kindersterblichkeit fielen 8 (0,88%) Totgeburten und verstorbene Kinder beim Vergleichskollektiv; 2 (1,25%) bei den Retroflexio/versio-Geburten, 3 (0,33%) Totgeburten und verstorbene Kinder im Kollektiv der Vergleichsgeburten unter die "gereinigte" perinatale Mortalität.

Unter perinatal verstorben werden alle Kinder gezählt, die vor, während und bis zu 7 Tage nach der Geburt ad exitum gekommen sind und während des Geburtseignisses ein Gewicht von mehr als 1000 g aufwiesen (nach der Definition der WHO).

Soweit ist die "ungereinigte" perinatale Mortalität definiert. Von großer Bedeutung ist die sogenannte "gereinigte" perinatale Mortalität.

Dabei werden eliminiert:

1. alle vor Geburtsbeginn abgestorbenen Kinder,
2. alle schweren Mißbildungen,
3. alle Frühgeburten.

Die perinatale Kindersterblichkeit bezieht sich auf 1000 Lebend- und Totgeborene.

Bei 6 Retroflexio-Patientinnen (2,8%) war eine auffällige erhebliche Retrodeviation bzw. Retroflexio fixata festzustellen. 2 von ihnen hatten anfängliche Adhäsionsbeschwerden, die nach der Uterusaufrichtung verschwanden. 5 der Patientinnen hatten eine normale Schwangerschaft und eine unkomplizierte Niederkunft. In 1 Fall konnte die Graviditätsbeobachtung aus externen Gründen nicht vollständig durchgeführt werden.

Bei einer Retroflexio-Schwangeren bestanden seit Jahren "Schmerzen im Unterbauch"; nach der Spontanaufrichtung des graviden Uterus wurde die Patientin beschwerdefrei.

Eine andere Retroflexio/versio-Gravida sollte sich auswärts einer Antefixationsoperation unterziehen; durch eine Shirodkar-Cerclage wurde die Cervixinsuffizienz behoben. Auch sie hatte danach eine komplikationslose Schwangerschaft.

Einer weiteren Patientin war auswärts ein Hodge-Pessar wegen Retroflexio eingelegt worden.

Während der Schwangerschaftsuntersuchung in der 14. Schwangerschaftswoche war der Uterus trotzdem retroflektiert/vertiert, und das effektlose Pessar wurde entfernt. Die Spontanaufrichtung erfolgte in der 15./16. Schwangerschaftswoche ohne Beschwerden.

Die Altersverteilung der Retroflexio/versio-Schwangeren und auch der Normal-Graviden zum Zeitpunkt der Geburt ist in der Tabelle 7 zu ersehen (siehe Anhang).

E. 2. Die Ergebnisse dieser Arbeit geben der bereits seit Jahren von Prof.Dr.med.Döring praktizierten Ansicht erneut eine Erfolgsbestätigung, daß eine Retroflexio/versio uteri gravidi nicht durch Palliativ-Antefixations-Operationen oder Pessar-Behandlung therapiert werden sollte. Die Retroflexio bei Gravidität fordert eine konsequente Tastbefundkontrolle bis zur 18.Schwangerschaftswoche, wo ein Zurückkippen oder Zurückgleiten des graviden Uterus in das kleine Becken nicht mehr möglich ist.

Fernerhin ist die Retroflexio-Schwangere unbedingt auf eventuelle Konsequenzen der Lageanomalie hinzuweisen, damit bei Inkarzerationsgefahr mit gewöhnlich als erstes auftretenden Miktionsstörungen und -beschwerden die Schwangere frühzeitig einer Behandlung zugeführt werden kann.

Die Pessarbehandlung und die chirurgisch-gynäkologische Intervention oder Palliativmaßnahmen werden abgelehnt, da sie keine ausreichenden Erfolgschancen besitzen. Die Pessartherapie hat ihren Sinn durch die Applikationsschwierigkeiten und den lockeren Sitz des Instrumentes nie richtig erfüllen können.

Bekanntlich kann eine Entbundene eine postpartale Retroflexio/versio uteri bekommen, aber auch bei der Retroflexio/versio-Gravida kann nach der Geburt ein anteflektierter oder sich in Mittelstellung haltender Uterus getastet werden. Dieser Befund kann sich auch für die habituelle Retroflexio-Trägerin ergeben.

Nicht selten wird auch zwischen 2 Normalgraviditäten als Tastbefund eine Retroflexio/versio uteri erhoben.

Ebenso ist eine Retroflexio nicht immer bei derselben Frau permanent vorhanden und andererseits wird oft dieser Befund bei vollständiger Beschwerdefreiheit gefunden.

Bei den 156 Retroflexio-Schwangeren, die bis post partum beobachtet werden konnten, ließ sich während der stationären Abschlußuntersuchung in 30,8% eine bestehende Retroflexio/versio uteri feststellen. Bei 13 Schwangeren, die als habituelle Retroflexio-Trägerinnen bekannt waren, ergab sich in nur 6 Fällen = 46,2% post partum wiederum eine Retroflexio/versio uteri.

H. HEIDLER (11) wies darauf hin, daß nach TRACY in 39% die Retroflexionen im Wochenbett wieder auftreten würden.

Es gab noch nie begeisternde Resultate der Antefixations-Operationen (HEIDLER 11, A. MAYER 13,14), die im Laufe der Jahrzehnte mehr als 300 Modifikationen erfahren haben - leider aber immer genügend begeisterte Retroflexio-Operateure.

Wie oben vergleichsweise aufgeführt, sind die Informationen über die Retroflexio/versio uteri gravidæ aus der Literatur an sich recht unbefriedigend und für eine konsequente Konfrontation recht unzureichend und spärlich.

F. CRAINZ (5) einerseits und R. BECHER (2) andererseits mit dem Bericht über die extrem selten vorkommende Inkarzeration bei Retroflexio uteri gravidæ lieferten die einzigen in diesem Zusammenhang interessanten Publikationen.

Bei 167 Retroflexio-Schwangeren entschloß sich Crainz

in 22 Fällen zu dreimaliger bimanueller Lagekorrektur, einmal zusätzlich mit Pessar; die Abortusrate von 6 (3,7%) ist ungewöhnlich niedrig, auch für Graviditätsverhältnisse ohne Retroflexio.

Es erweist sich in dieser Arbeit, daß die Retroflexio uteri gravidı dadurch am besten zu therapieren ist, daß man sie nicht mit Pessar und Schnitt-Korrekturen behandelt.

Z U S A M M E N F A S S U N G :

=====

Es gibt nur wenige Publikationen über die Retroflexio uteri gravidı und ihre Therapieerfolge.

Die immer noch bestehende Uneinigkeit in der Behandlungsart hat den Anlaß zu dieser Arbeit gegeben. Immer noch wird die Pessar-Einlage bis zur 18.Schwangerschaftswoche befürwortet, und immer noch werden bei Frauen mit mobiler Retroflexio aus unterschiedlichen Indikationen gynäkologisch-chirurgische Lagekorrekturen durchgeführt.

Die Resultate dieser Arbeit unterstützen die Auffassung, sowohl den einen als auch den anderen Therapieweg konsequent zu verlassen. Eine adhäsive Retroflexio kann hingegen in Ausnahmefällen zu einer Laparotomie mit Schnittkorrektur Anlaß geben.

Die Methode bei der Behandlung der mobilen Retroflexio

uteri gravidi ist die wiederholte Kontrolle, die Aufklärung der Schwangeren hinsichtlich eventueller Komplikationen und ein Abwarten der Spontanaufrichtung des graviden Uterus. Die Inkarzerationsgefahr ist mit der abwartenden Haltung nicht erhöht.

Es wurden 213 Retroflexio/versiones uteri gravidi beobachtet; bis auf 1 Fall kam es stets zu unkomplizierten Spontanaufrichtungen.

Nach eingetretener Harnsperre mußte eine Katheterisierung mit anschließender bimanueller Aufrichtung in Narkose durchgeführt werden. Die Schwangerschaft verlief weiterhin reibungslos.

Die in der "Retroflexio-Literatur" so ausdrücklich und wiederholt zitierte Abortusrisikoerhöhung infolge der Uterusdeviation ist durch die anfallende Abortusfrequenz von nur 9,9% unter 213 Fällen auch erheblich entkräftet. Das Vorliegen einer Retroflexio/versio uteri gravidi sollte -abgesehen von einer starr fixierten-adhäsiven- zu keiner Korrektur durch Instrumente oder chirurgische Intervention Anlaß geben, denn die Erfolgsrate der "Manipulation" ist äußerst zweifelhaft; die Korrekturmaßnahmen sind abzulehnen, solange die Gefahr der Inkarzeration ausgeschlossen ist.

Das Gesamtergebnis der 213 Retroflexio/versio-Fälle führt zu einer befriedigenden Berechtigung: die therapeutische Methode ist die Schwangerschaftsfürsorge mit konsequenter Tastbefundkontrolle.

A N H A N G :

Tabelle 7: Altersverteilung zum Zeitpunkt der Geburt bei Retroflexio/versio-Schwangeren und Vergleichsschwangeren.

Alter	Retroflexio/versio-Schwangere bei der Geburt	Normal-Schwangere bei der Geburt
17	-	1 = 0,11%
18	-	1 = 0,11%
19	-	2 = 0,22%
20	1 = 0,69%	6 = 0,66%
21	-	11 = 1,21%
22	2 = 1,38%	16 = 1,76%
23	2 = 1,38%	16 = 1,76%
24	4 = 2,75%	42 = 4,63%
25	8 = 5,52%	54 = 5,95%
26	18 = 12,48%	73 = 8,06%
27	13 = 9,0%	91 = 10,02%
28	10 = 6,98%	94 = 10,41%
29	14 = 9,63%	80 = 8,81%
30	21 = 14,48%	80 = 8,81%
31	17 = 11,79%	73 = 8,06%
32	15 = 10,35%	62 = 6,83%
33	1 = 0,69%	36 = 3,97%
34	5 = 3,45%	41 = 4,52%
35	4 = 2,75%	26 = 2,86%
36	4 = 2,75%	22 = 2,42%
37	-	26 = 2,86%
38	4 = 2,75%	14 = 1,54%
39	1 = 0,69%	12 = 1,21%
40	-	8 = 0,88%
41	-	4 = 0,44%
42	-	5 = 0,55%
43	-	3 = 0,33%
44	-	4 = 0,44%
45	-	-
46	1 = 0,69%	-

Alter	Retroflexio/versio-Schwangere bei partus et abortus	Normal-Schwangere bei partus et abortus
17	-	1 = 0,10%
18	-	2 = 0,21%
19	-	2 = 0,21%
20	1 = 0,59%	6 = 0,60%
21	-	31 = 1,30%
22	2 = 1,18%	18 = 1,81%
23	3 = 1,77%	27 = 2,71%
24	6 = 3,53%	45 = 4,52%
25	8 = 4,71%	60 = 6,11%
26	23 = 13,53%	84 = 8,42%
27	13 = 7,65%	95 = 9,52%
28	10 = 5,88%	100 = 10,30%
29	16 = 9,41%	87 = 8,73%
30	23 = 13,53%	89 = 8,93%
31	17 = 10,00%	80 = 8,02%
32	19 = 11,18%	65 = 6,52%
33	2 = 1,18%	39 = 3,91%
34	8 = 4,71%	45 = 4,51%
35	5 = 2,94%	29 = 2,91%
36	4 = 2,35%	25 = 2,51%
37	2 = 1,18%	28 = 2,81%
38	5 = 2,94%	16 = 1,61%
39	1 = 0,59%	15 = 1,50%
40	-	10 = 1,00%
41	1 = 0,59%	4 = 0,40%
42	-	5 = 0,50%
43	-	3 = 0,30%
44	-	4 = 0,40%
45	-	-
46	1 = 0,59%	-

AUTOREN und LITERATURVERZEICHNIS:

=====

1. AMREICH, Wien: Einfache Retroversion und ungewollte Sterilität.
Wien, Med. Wschr. 110, 489 (1960)
2. BECHER, R., Hamburg: Uterusruptur im 5. Schwangerschaftsmonat bei Retroflexio.
Med. Klinik 62, II. Halbjahr 1542 (1967)
Urban & Schwarzenberg
München - Berlin - Wien
3. BENSON, Ralf C. MD: Handbook of Obstetrics and Gynecology.
Fourth Ed. Lange Medical Publications, Los Altos, Cal.
Blackwell Scientific Publications
Oxford and Edinburgh, 531 (1971)
4. BUXTON, C.L. & SOUTHON, A.L.: Human Infertility, Physical examination of the female, 42 (1958)
Hoeber-Hapax, New York 1958
Medical Book Department of
Harper & Brother
5. CRAINZ, F.: Retroflexione uterine e gravidanza.
Clin. Ostet. e Ginec., Univ. Bari (1968);
Berichte über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, 26
Springer-Verlag
Berlin - Heidelberg - New York (1968)
6. DUCA, Aldo: Sul trattamento dell'utero retroflesso gravido non riducibile.
R. Scuola di Ostetr. ed Istit. di maternità, Triest,
Ann. Ostetr. 62, 1873 (1940)
Berichte über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe
Berlin - Springer-Verlag,
Band 42, Heft 8, 392 (1941)
7. a) EDEN & HOLLANDS: Manual of Obstetrics
J. & A. Churchill Ltd, London
216 (1957)

- 7.b) HOLLANDS and BREWS: Manual of Obstetrics,
13.Edition by R.Percival,
J.& A.Churchill Ltd.London
246 (1969)
8. FOURACRE BARNES,H.H.: Uterine retrodisplacement and
fertility.
Stud.Fertil.10, 105 (1958)
9. HEBLING,Walter: Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe,Band V,
Urban & Schwarzenberg
München - Berlin 17 (1966)
10. LIMAGE, J.: Influence de la retroversion-
flexion en sterilité et commune
cause d' avortement.
Bull.Soc.roy.belge.Gynéc.
Obstét.35, 13 (1965)
Berichte über die gesamte Gynäko-
logie und Geburtshilfe
Band 90, 102 (1965)
11. HEIDLER, Hans: Die Therapie der Retroflexio
uteri.
Berichte über die gesamte Gynäko-
logie und Geburtshilfe,
Verlag Julius Springer Berlin(1938)
35.Band, Heft 7, 377 (1937)
12. MARTIUS, H.: Lehrbuch der Geburtshilfe
G.Thieme-Verlag Stuttgart,
5.Auflage, 168 ff (1962)
Lehrbuch der Gynäkologie,
9.neu bearbeitete Auflage,
G.Thieme-Verlag Stuttgart
62 (1968)
13. MAYER, A.,Tübingen: Bedeutung und Behandlung der Re-
troflexio uteri.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde
1.Jahrgang,Heft 1,
Urban & Schwarzenberg München-Berlin
84 (1939)
14. MAYER, A.,Tübingen: Ist die Retroflexio uteri ein be-
handlungsbedürftiges Leiden ?
Med.Klinik Nr.33
Urban & Schwarzenberg
München - Berlin - Wien 769 (1942)

15. MAYER, A.,Tübingen: Retroflexio uteri und Konstitution.
Hippokrates 679 ff (1942)
16. MOORE WITHE,Margret: Uterine retroversion as a cause of infertility.
Monit.obstet.ginec.,N.S.35 (1964)
Berichte über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, 8 (1965)
17. PERLIN, J.A.: Retroversion of the uterus as a normal position.
Canad.Med.Assoc. J. 68,
363 ff (1953)
- 18.a)PSCHYREMBEL, W.: Praktische Geburtshilfe.
12. u.13.Auflage
Walter Gruyter & Co.,Berlin
34, 444 (1967)
- 18.b)PSCHYREMBEL, W.: Praktische Gynäkologie.
Walter Gruyter & Co.,Berlin
294, 515 (1968)
19. PETER, Rudolf: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe,Band I
Urban & Schwarzenberg
München - Berlin, 261 (1964)
- 20.a)SCHMID,H.H.,Rostock: Unzweckmäßige und zweckmäßige Eingriffe bei Retroflexio und Descensus.
Zentralblatt für Gynäkologie
83.Jahrgang,Heft 33, 1301 (1961)
- 20.b)SCHULTZE, B.S.: Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter.
Berlin - Hirschwald
Cap.III,83, Cap.VIII,124 (1881)
21. SIEGERT,F.,
Freiburg i.Br.: Die Retroflexio uteri als Ursache einer Sterilität.
Zentralblatt für Gynäkologie
73.Jahrgang,Heft 20, 1592 (1951)
22. SILLÓ-SEIDEL: Retroflexio-versio uteri und Sterilität.
Med.Klinik 62.Jahrgang,
1.Halbjahr, Nr.21, 828 (1967)

23. SCHWENNICKE, H., Wert und Unwert der operativen
Hamburg: Behandlung der Retroflexio uteri.
Zentralblatt für Gynäkologie
85.Jahrgang, Heft 8, 270 (1963)
24. STOECKEL,Walter: Wann und wie soll der praktische
Arzt die Retroflexio uteri be-
handeln ?
Berlin Klin.Wschr.,
Jahrgang 42, 1506 (1905)
25. STOECKEL,Walter: 1.Lehrbuch der Gynäkologie,
Verlag S.Hirzel,Leipzig
290, Neunzehntes Kapitel (1931)
26. STOECKEL,Walter: 2.Lehrbuch der Geburtshilfe
10.verbesserte Auflage
Gustav Fischer-Verlag,Jena
645 ff (1948)
27. STOECKEL,Walter: 3.Lehrbuch der Geburtshilfe
14.verbesserte Auflage
Gustav Fischer-Verlag,Stuttgart
276 ff (1967)
28. STOECKEL,Walter: Lehrbuch der Gynäkologie,
14.Auflage
Verlag S.Hirzel,Leipzig
396 (1960)
29. ZINSER,Hans-Klaus: Behandlung der Retroflexio uteri.
Klinik der Frauenheilkunde und
Geburtshilfe,Band I.
Urban & Schwarzenberg
München - Berlin, 165 (1964)
30. CĂPRIORĂ, D. u. Zur Frage der Retroflexio uteri.
FARKAS, G., Obstetr.si ginec.(1960) 1,19
Klausenburg/Rumänien: Zentralblatt für Gynäkologie
Johann Ambrosius Barth,Leipzig
88.Jahrgang, Heft 3, 79 (1966)

Herrn Prof.Dr.med.Döring danke ich herzlich für
die Aufgabenstellung sowie für seine stets hilf-
reichen Anregungen und Unterstützung dieser Arbeit.

Lebenslauf

Ich, Rainer Rudolf Reinhard Neumann, wurde als erstes von fünf Kindern am 16.3.1941 in Königsberg/Pr. als Sohn des Pfarrers Alfons Neumann und dessen Ehefrau Waltraut, geb.Klatt, geboren.

Ab 1947 besuchte ich in Ostenholz/Kr.Fallingbostel die Volksschule, ab 1952 die Mittelschule in Fallingbostel und ab 1954 das Alt- und Neusprachliche Gymnasium in Dassel/Kr.Einbeck; im Februar 1964 legte ich dort meine Reifeprüfung ab.

Im Sommer 1964 studierte ich ein Semester Medizin in Köln. Für 18 Monate wurde ich darauf zum Wehrdienst bei der Marine eingezogen und zum Leutnant zur See d. R. (San.Tr.) ernannt.

Mein Medizinstudium setzte ich an der Universität in Göttingen und München fort.

Am 17.Dezember 1971 legte ich vor dem Ausschuß für die ärztliche Prüfung der Universität München mein medizinisches Staatsexamen ab.

Von März bis August 1972 war ich in der I.Med.Abteilung des Krankenhauses Harlaching in München, ab September 1972 bin ich im Ev.Krankenhaus Holzminden als Medizinalassistent tätig.



